

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 janvier 1904, à 1 heure

PAR

Pierre RÉAL

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

LARYNGECTOMIE TOTALE

DANS LE

CANCER DU LARYNX

Président : M. BERGER, Professeur.

BUDIN, Professeur.

Juges MM. { MAYGRIER, Agrégé.

AUVRAY, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1904

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen
Professeurs

M. DEBOVE.
MM.

POIRIER.
CH. RICHET.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD.
HUTINEL.
BRISAUD.
LANNELONGUE.
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
BERGER.
POUCHET.
GILBERT.
N....
BROUARDEL.
DEJERINE.
CHANTEMESSE.
LANDOUZY.
HAYEM.
DIEULAFOY.
DEBOVE.
GRANCHER.
JOFFROY.
GAUCHER.
RAYMONT.
FERRIER.
DUPLAY.
LE DENTU.
TILLAUX.
DE LAPERSONNE.
GUYON.
PINARD.
BUDIN.
POZZI.
KIRMISSON.

Anatomie
Physiologie
Physique médicale
Chimie organique et chimie minérale
Histoire naturelle médicale
Pathologie et thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Opérations et appareils
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie comparée et expérimentale
Clinique médicale
Maladies des enfants
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique chirurgicale
Clinique ophtalmologique
Clinique des maladies des voies urinaires
Clinique d'accouchements
Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile

Agrégés en exercice

MM.	M M.	MM.	MM.
AUCHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef de
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEGUEU.	travaux anatomiques)
BEZANÇON.	TOURETTE.	LEPAGE.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIERY.
BROCA Auguste.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA André.	GUIART.	MERY.	THOINOT.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	VAQUEZ.
CUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WALLICE.
DEMLIN.	LANGLOIS.	REMY.	WALTHER.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
DUPRE.			WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. Ecole a arrêté que les nominations faites dans les
dix-rues qui lui seront présentées doivent être considérées comme faites à l'usage de l'art et
qu'elle n'en tenait ni donner aucun approuver ni impression.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage d'affection filiale
et de profonde reconnaissance,*

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BERGER

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion, pendant notre internat à l'hôpital Saint-Joseph, d'observer deux cas d'extirpation totale du larynx opérés par M. Le Bec. Le premier fut rapporté par MM. Cauzard et Delobel, dans les *Annales des Maladies de l'oreille*, en octobre 1902. Les suites opératoires semblaient promettre un résultat tout à fait satisfaisant, quand la mort survint, causée par un accident malheureux. Le second cas fut, au contraire, des plus favorables ; après une opération très bien supportée, notre malade sortit de l'hôpital complètement rétabli ; nous l'avons revu trois mois après l'intervention ; depuis, il nous a été impossible de retrouver ses traces.

Les quelques recherches que nous avons été amené à entreprendre, à l'occasion de ces deux observations, nous ont rapidement démontré que la laryngectomie totale était loin de mériter le renom de gravité qu'on lui reconnaît généralement. Nous nous sommes alors décidé à écrire ce modeste travail, qui n'a d'autre ambition

que d'exposer l'état actuel de la question d'après les plus récentes publications.

Sur le point de terminer nos études médicales, c'est pour nous un devoir bien doux de nous souvenir des attentions et des dévouements dont nous avons été l'objet et d'adresser à tous ceux qui ont contribué à notre éducation médicale, l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nous ne saurions oublier que c'est à la Faculté libre de Médecine de Lille que nous avons commencé nos études médicales ; nous garderons toujours pour nos premiers maîtres une profonde gratitude. M. le professeur Rogie et M. Camelot, chef des travaux d'anatomie, nous ont souvent prodigué leur science et leurs encouragements, nous rendant ainsi moins aride l'étude de l'anatomie. Auprès de M. le professeur Duret et de son assistant, M. le docteur Voituriez, nous avons pu nous pénétrer des meilleurs enseignements chirurgicaux. M. le professeur Desplats et M. le docteur Derville ont été pour nous des maîtres sûrs ; la science et la clarté de leurs leçons cliniques nous ont grandement facilité l'étude toujours si difficile de la médecine.

Nous remercions enfin MM. les docteurs Augier, Delassus, Faucon, Toison et Baltus qui nous ont toujours témoigné le plus grand intérêt.

A l'hôpital Saint-Joseph nous avons été tout d'abord l'interne de M. le docteur Mérigot de Treigny. Nous tenons à lui exprimer toute notre gratitude pour la sympathie qu'il n'a cessé de nous témoigner, et pour les conseils savants qu'il nous a toujours prodigués. Dans le

service de M. le docteur Le Bec il nous a été donné d'observer tout ce qu'on est en droit d'attendre d'une grande habileté chirurgicale alliée aux meilleurs principes chirurgicaux. — M. le docteur Le Bec a bien voulu nous guider de ses conseils dans la rédaction de ce travail, nous l'en remercions vivement. Enfin qu'il nous soit permis de rendre hommage à la bienveillance que nous ont souvent témoignée MM. Meslay, Leroux, Lorrain, médecins de l'hôpital Saint-Joseph, Monnier chirurgien du service des enfants, et M. Genouville, chirurgien urologiste dont nous avons été l'interne pendant quelques mois.

Que M. le professeur Berger, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous permette de lui présenter nos plus sincères remerciements et nos plus respectueux hommages

NOTIONS ANATOMIQUES

Il ne nous paraît pas inutile de rappeler rapidement, dès le début de notre étude, les différentes formes et l'évolution générale des cancers du larynx, on comprendra mieux, nous semble-t-il, les indications thérapeutiques, si l'on se rend mieux compte du caractère des lésions néoplasiques.

Les cancers du larynx peuvent être l'aboutissant d'un cancer voisin (trachée, corps thyroïde, œsophage, etc.), parvenu à sa période terminale ; évidemment dans ces conditions, nous n'avons pas à conseiller la laryngectomie totale ; les opérations palliatives seules conviendront à ces cas avancés. Ceux que l'on pourra traiter par l'extirpation totale, ce seront les cancers franchement laryngés. Or, ceux-ci peuvent revêtir deux formes distinctes ; ou bien ils prennent naissance dans la cavité laryngienne, et on les appelle alors *cancers intrinsèques*, ou bien ils ont leur point d'implantation placé au niveau de l'orifice supérieur du larynx, aux confins du larynx et du pharynx, et ils prennent alors le nom de *cancers extrinsèques*.

Cette distinction en cancer extrinsèque et cancer intrinsèque, ne répond pas seulement à une idée théorique, elle trouve sa justification dans l'évolution toute différente de ces deux formes de néoplasmes malins.

Les cancers extrinsèques ont une marche beaucoup plus rapide ; ils se comportent souvent comme les cancers pharyngiens, avec lesquels ils ont de nombreux points communs.

L'envahissement ganglionnaire semble être la règle dans les néoplasmes anciens. Par contre, les ganglions sont rarement atteints, lorsque le néoplasme est limité. C'est dans ces cas qu'il est possible d'obtenir la guérison radicale par la laryngectomie. D'une manière générale, on peut dire que l'envahissement des ganglions est relativement tardif dans le cancer du larynx.

La plupart des lymphatiques du larynx se rendent aux ganglions sous sterno mastoïdiens. Quand il s'agit de cancers sus-glottiques, ce sont les ganglions supérieurs de cette chaîne qui sont infectés. Au contraire, dans le cas de cancers sous-glottiques, les ganglions inférieurs sont pris les premiers. C'est également dans les cancers sous-glottiques que l'on observe des adénopathies de la chaîne péritrachéale et de la chaîne recurrentielle.

Ces notions sont importantes à connaître, car il est bon, à la suite de la laryngectomie d'extirper tous les ganglions lymphatiques tributaires, qu'ils paraissent malades ou non.

Nous avons emprunté les quelques notions qui précèdent au travail de M. Cunéo, paru dans la *Gazette des hôpitaux* en décembre 1902.

HISTORIQUE

L'extirpation totale du larynx fut tentée pour la première fois en 1829, par Albers ; les résultats furent médiocres, tous les animaux soumis à son expérimentation y laissèrent la vie. En 1870, Czerny reprit ces expériences ; cinq chiens furent opérés par lui, un seul survécut.

C'est à Watson, d'Edimbourg, que revient l'honneur d'avoir le premier, en 1868, pratiqué avec succès la laryngectomie totale chez l'homme ; cependant, l'observation de son malade ne fut rapportée que très longtemps après, si bien que c'est à Billroth que revient le mérite d'avoir le premier décrit l'intervention chez l'homme. L'opération de Billroth fut pratiquée en 1872. son malade guérit. Cette première tentative ne resta pas stérile et l'on vit successivement se produire les cas de Mass, de M. Schmidt, de Schonborn, de Bottini, de Langenbeck. On trouve toutes ces observations rapportées dans la *Thèse* d'Hermantier (1876), qui est le premier travail français sur cette question. L'exemple des

chirurgiens allemands entraîne bientôt dans cette voie de nombreux opérateurs. En 1881, Fohlis rassemble 52 cas de laryngectomie totale qu'il rapporte au Congrès médical de Londres et préconise l'intervention radicale dans les tumeurs malignes, pourvu qu'elles soient limitées au larynx ; Ph. Scheech, de Munich, se rallie à cette opinion, tandis que Solis Cohen et Simon demeurent partisans résolus de la trachéotomie palliative. Malgré certaines oppositions, la nouvelle méthode se généralise donc et suscite partout de nombreux travaux. Les chirurgiens allemands et autrichiens surtout publient, sur l'exérèse totale du larynx, d'importants mémoires. Il nous suffira de rappeler, à ce sujet, les noms de Cohn, Hoffa, Schmidt, Hahn, Maydl, Sokolowski, Scheede et Max Schérer. En Angleterre, Morell Mackenzie se montre adversaire résolu de la méthode ; tandis qu'en Italie la *Thèse* de Salomon (Université de Pavie) et le travail de Masucci tendent à l'acclimater.

En France, l'extirpation totale du larynx fut pratiquée pour la première fois le 12 mars 1885, par L. Labbé et, immédiatement après, on vit se produire les observations de Péan, Demons, Le Dentu, D. Mollière, Terrier et Périer.

Déjà des études intéressantes avaient été publiées ; dès 1882, Blum écrivait, dans une revue critique : « L'extirpation du larynx est une opération relativement facile et qui peut être menée à bonne fin. Nous la placerons sur la même ligne que l'extirpation des reins ou celle de l'utérus, c'est-à-dire que nous ne la croyons applicable qu'à un nombre de cas très restreints. » Plus tard sont

publiés des articles du professeur Heydenreich, de Barattoux, le mémoire important qui constitue la *Thèse* d'agrégation de Schwartz, et enfin, en 1891, la *Thèse* de Pinçonnat. Jusqu'à cette époque on pratiquait la laryngectomie totale après trachéotomie préalable ; dès 1888, Ch. Périer modifie le manuel opératoire, il supprime la trachéotomie et la remplace par la section transversale de la trachée avec abouchement de l'orifice supérieur à la peau. Ses premiers résultats et sa technique nouvelle sont exposés dans la *Thèse* de son élève Perruchet (1894).

Le procédé de Périer constitue un réel progrès dans la chirurgie du larynx, grâce à lui les résultats de la laryngectomie s'améliorent, et les chirurgiens moins absolus dans leurs préventions enregistrent de nombreux succès. A vrai dire, à partir de cette époque nous ne trouvons dans la science aucun nouveau travail important ; il s'agit plutôt de statistiques et de discussions au sein des différentes sociétés de laryngologie de Londres, de Berlin, de New-York à propos de cas publiés. En effet c'est surtout à l'étranger que l'on s'occupe de la question.

En Allemagne, de nombreux chirurgiens l'étudient, ce sont Virchow, Wolff, Von Bergmann, Graf, Hansburg, Foederl, Rutsch et surtout Gluck. Ce dernier se montre un des partisans les plus convaincus de la méthode. Il perfectionne sa technique d'année en année et arrive ainsi à exposer au congrès de Paris, en 1900, des statistiques véritablement remarquables.

Kocher, Miculicz, Chiari, publient également de nombreuses observations.

En Angleterre les chirurgiens se montrent en général moins bien disposés en faveur de la laryngectomie et malgré de nombreuses observations publiées par Woods, Hogsdon, Harvey, etc., etc. la thyrotomie garde de nombreux partisans. Parmi ceux-ci F. Semon se montre le plus absolu, il est vrai qu'entre ses mains la thyrotomie a assuré des survies remarquables, il suffit pour s'en rendre compte de parcourir ses nombreuses publications Goris, à Gand ; Larrivé, à Bruxelles ; Cisneros, à Barcelone ; Della Vedovà, à Milan ; Bosciano, à Gênes ; Sendziack, à Varsovie, publient, sur la question, des travaux plus ou moins importants.

Aux Etats-Unis l'extirpation totale est préconisée davantage. Nous n'en voulons pour preuve que les nombreuses observations publiées par Solis Cohen, Bryson Delavan, Mackensie, etc., etc. En 1900, Mackensie propose même la laryngectomie comme l'unique méthode à opposer au cancer du larynx.

En France il est bien difficile de rassembler quelques observations et quelques mémoires. Signalons la leçon magistrale du professeur Terrier, en 1895, les observations publiées par Luc, Péan, Duret, Jeannel, Jaboulay, Jonnesco, etc. ; la thèse de Moralès en 1898 et plus récemment enfin les conclusions présentées par Gougnyhem et Lombard au congrès de 1900.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Nous ne rappellerons que pour mémoire la technique primitivement employée pour l'extirpation totale du larynx. L'acte opératoire s'accomplissait en deux temps; le chirurgien pratiquait d'abord la trachéotomie, puis il procédait à l'exérèse laryngée. Ces interventions se faisaient soit en deux séances séparées par une dizaine de jours d'intervalle, soit en une seule. Nous ne nous attarderons pas énumérer les nombreux griefs invoqués contre cette méthode; depuis 1890, le procédé de Périer, perfectionné par de nombreux opérateurs, a fait ses preuves et, à l'heure actuelle, il rassemble les suffrages de la plupart des chirurgiens.

L'idée de la section transversale de la trachée et de son abouchement à la peau avait été mise en pratique, longtemps avant les communications de Périer, par de nombreux chirurgiens tels que Billroth, Foulis, Von Bruns, Bottini, etc. Néanmoins, c'est au chirurgien français que revient le mérite d'avoir décrit point par point ce nouveau procédé opératoire. Nous continuerons donc de lui donner son nom. C'est cette technique que nous

allons rapidement décrire en nous inspirant du travail de Perruchet; nous indiquerons ensuite les divers perfectionnements que lui ont apporté successivement Bardenhauer, Gluck et Goris.

PROCÉDÉ DE PÉRIER

Les précautions préliminaires seront ici plus minutieuses que jamais. Il faudra veiller d'une façon rigoureuse sur l'asepsie des voies digestives supérieures et des téguments de la région.

Premier temps.

Incision des téguments en T ou double T. La branche transversale du T est parallèle à l'os hyoïde; la branche verticale descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du bord inférieur du cricoïde. On sectionne les téguments plan par plan en faisant une hémostase rigoureuse. Les lambeaux sont taillés en rasant de très près la face externe des cartilages laryngés; c'est le meilleur moyen de ne pas léser les vaisseaux et les nerfs importants de la région. La dissection des faces latérales du larynx est poussée en arrière jusqu'à la face antérieure de l'œsophage. Les constricteurs inférieurs du pharynx sont sectionnés et rejetés en dehors.

Gluck conseille de tailler un seul lambeau rectangulaire à base gauche, correspondant des deux côtés au

bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien, en haut au bord inférieur de l'os hyoïde, en bas au bord inférieur du cartilage cricoïde.

Deuxième temps.

Section transversale de la trachée passant entre le premier anneau et le bord inférieur du cricoïde. On peut inciser d'avant en arrière, mais, dans ce cas, il faut prendre garde de pousser trop loin l'incision et de blesser l'œsophage, d'autant plus qu'à cette période les accès de suffocation et les mouvements désordonnés du malade sont fréquents. Nous croyons donc plus prudent de glisser une sonde cannelée entre l'œsophage et la trachée et de sectionner celle-ci, ainsi chargée, d'un seul coup de bistouri. Un aide attire la trachée en avant, soit au moyen d'une pince à griffes, soit à l'aide de deux fils de soie assez solides placés à droite et à gauche du conduit aérien. Dans l'orifice de section on introduit une canule spéciale qui se moule exactement sur les parois de la trachée. A cette canule est relié, à l'aide d'un tube de caoutchouc, un petit entonnoir muni d'une compresse; désormais c'est par cette voie que l'on donne le chloroforme. Le chirurgien achève de libérer la face postérieure des premiers anneaux, et l'orifice supérieur des voies aériennes est amené à l'extrémité inférieure de l'incision où il sera fixé dans le dernier temps opératoire. En se conformant scrupuleusement à ces détails et en agissant vite on peut obtenir d'une façon très sûre l'intégrité des voies respiratoires. Nous devons dire, cepen-

dant, que pour peu que l'on ait affaire à une tumeur d'un certain volume, obstruant en partie la cavité laryngienne, l'acte opératoire se trouve souvent entravé par des alertes fréquentes et toujours effrayantes.

Troisième temps.

Extirpation du larynx. — A l'aide d'une pince de Museux, le chirurgien saisit le larynx, l'attire en avant et en haut et le détache successivement de ses connexions en procédant de bas en haut. Les artères thyroïdiennes sont protégées par les constricteurs inférieurs du pharynx, et ne doivent pas inquiéter le chirurgien. La libération définitive du larynx s'achève en incisant la membrane thyro-hyoïdienne et la muqueuse des replis arythéno-épiglottiques. L'épiglotte n'est laissée en place que dans le cas où elle est absolument saine.

Il est bon de procéder dès lors à l'extirpation des ganglions tributaires du larynx cancéreux, qu'ils paraissent malades ou non. (Voir plus haut : notions anatomiques). Quand la lésion cancéreuse est nettement limitée à un des côtés du larynx, on peut se contenter d'extirper seulement les ganglions de ce côté ; il y a, en effet, peu de connexions entre les lymphatiques de la partie droite et de la partie gauche du larynx.

Quatrième temps.

Sutures. — Périer unissait l'orifice pharyngien déterminé par l'ablation du larynx à la branche transversale

hyoïdienne de l'incision. Son but était de laisser subsister un orifice pharyngien sous mentonnier, sur lequel il adaptait un appareil phonétique.

La suture de l'incision longitudinale ne présente rien de spécial. Elle se fait par points séparés enfoncés profondément pour supprimer toute cavité stagnante.

On fixe la trachée dans l'extrémité inférieure de l'incision, d'abord au moyen de quatre points à la soie disposés aux quatre points cardinaux de l'orifice trachéal; on termine en unissant plus intimement à la peau le premier anneau à l'aide d'un surjet.

Gluck a modifié ce point de la technique. Sous le bord inférieur du lambeau cutané unique à base gauche qu'il a l'habitude de tailler, il pratique une petite boutonnière qui se trouve ainsi dans le creux épisternal. C'est dans cette boutonnière, calculée d'après les dimensions du conduit aérien, qu'il abouche l'orifice supérieur de la trachée.

Telle est la méthode de Périer. Comme on peut s'en rendre compte, elle constituait un réel progrès sur les procédés antérieurement employés. Dans la laryngectomie avec trachéotomie préalable, les patients subissaient deux interventions successives qui bien souvent auraient un fâcheux retentissement sur leur état général. De plus on avait beau utiliser les dispositions les plus minutieuses, les appareils les plus perfectionnés, il était difficile de protéger efficacement les voies respiratoires.

Evidemment, le procédé que nous venons de décrire évitait bien des écueils; néanmoins, il demandait encore à être perfectionné. *

En maintenant béante la cavité pharyngienne, l'opération de Périer laisse une porte grande ouverte à l'infection. On a beau tamponner l'orifice pharyngien sous-mentonnier, il est presque impossible d'entraver l'écoulement des liquides buccaux et d'éviter à coup sûr l'infection du pansement laryngé sous-jacent. La protection des voies respiratoires n'existe donc pas encore d'une façon absolue. Perruchet, dans sa thèse, tenait compte de ce danger et il signalait le procédé employé à cette époque déjà par Bardenhauer. « Cette modification consiste à établir une sorte de toit protecteur entre la cavité bucco-pharyngienne et la plaie opératoire. Pour cela on isole la paroi antérieure de l'œsophage d'une part et la muqueuse sous-jacente à l'épiglotte d'autre part aussi bien que faire se peut, et on les suture. Au besoin, on avive les bords de l'épiglotte pour les sutures à l'œsophage. » En 1894, ce procédé avait déjà donné, à Bardenhauer, quatre succès sûr quatre opérés.

Dans l'observation que l'on retrouvera rapportée plus loin, Duret a employé un procédé analogue. Il a réuni par une suture à la soie la paroi antérieure de l'œsophage au périoste de l'os hyoïde et aux tissus avoisinants. Son malade a guéri.

Quand on emploie l'un ou l'autre de ces procédés, il est bon de pousser préalablement dans l'œsophage la sonde en gomme qui servira pour l'alimentation ; la suture de la gouttière pharyngo-œsophagienne est, par cette manœuvre, rendue beaucoup plus facile. D'ailleurs, il sera bon de consolider les parois œsophagiennes ainsi recons-

tituées en réunissant, par une nouvelle suture, fascia et muscles périlaryngiens.

Malheureusement ces procédés ne sont utilisables que lorsque le cancer est assez limité ; le plus souvent, il faut pratiquer de larges excisions et on ne peut conserver qu'une bande étroite de paroi pharyngienne ; dès lors, il est impossible de reconstituer le tube pharyngo-œsophagien sans recourir à une opération plastique. Gluck accomplit cette pharyngo-plastique au moyen de deux lambeaux cutanés, levés de chaque côté de l'incision ; ils sont verticaux et ont leur base d'implantation au niveau de l'os hyoïde. Par leur bord externe on les accole l'un à l'autre sur la ligne médiane ; par leur bord interne, on les fixe à droite et à gauche à ce qui reste de la paroi pharyngo-œsophagienne et aux fascias des muscles du cou. On a ainsi reconstitué un tube pharyngien complet tapissé en arrière par une muqueuse, en avant par l'épithélium stratifié épidermique.

Voici d'ailleurs, d'après Gluck, l'évolution curieuse de ces lambeaux : « Le lambeau cutané pédiculé qui remplace le larynx réséqué acquiert, avec le temps, un aspect muqueux, mou et humide. Les lambeaux de peau que l'on emploie pour l'œsophago et pharyngoplastie, ne peuvent être pris sur des parties imberbes. Au laryngoscope, on voit plus tard le lambeau cutané garni d'une barbe épaisse que le malade s'arrache de temps en temps quand elle commence à le gêner. En touchant cette peau, il n'y a pas de mouvements réflexes comme on en produit en touchant la muqueuse pharyngée. »

Il arrive parfois que les sutures pratiquées suivant le

mode de Bardenhauer ou de Gluck se rompent en un point ; il se forme alors un trajet fistuleux par où s'écoulent les liquides buccaux. Heureusement cette complication ne survient généralement que quelques jours après l'intervention, si bien qu'elle a rarement un fâcheux effet sur les suites opératoires. Cette fistule salivaire se tarit d'habitude spontanément.

Parfois, à la suite de l'extirpation, l'œsophage, en se pelotonnant, est la source de certaines difficultés. Voici, en propres termes, comment Goris (de Bruxelles) explique et évite ces inconvénients : « Lorsque l'opération proprement dite est finie, l'on voit l'œsophage former boule dans la plaie. Si on l'abandonne, comme il n'est plus soutenu par l'aryténoïde, il gêne la déglutition et, plus tard, sa masse forme également obstacle à la respiration (Goris a surtout en vue l'extirpation partielle). Aussi ai-je recommandé, et c'est une pratique à laquelle je me conforme toujours, d'en exciser une bonne portion en V à sommet inférieur ; la suture ramène ensemble les surfaces cruentées par des points séparés au catgut ne comprenant que la tunique musculaire. » Goris a signalé trois laryngectomies, dont deux partielles, où il s'est servi avec succès de ce procédé.

Nous mentionnerons, en terminant ce long chapitre technique, l'article du Professeur Della Vedova, de Milan, paru dans les *Annales des maladies de l'oreille*, le 10 octobre 1901, où il expose son procédé de suture terminal après laryngectomie. C'est à peu de chose près la technique primitivement employée par Périer. Comme lui, il laisse, à la partie supérieure de son incision, un

orifice pharyngien pour permettre le passage d'une sonde œsophagienne destinée à l'alimentation ; dès lors, nous ne voyons pas bien les avantages de la méthode.

Nous serions forcément incomplet si nous n'attirions l'attention sur les soins minutieux qui devront nécessairement suivre une telle intervention chirurgicale.

Le malade sera couché la tête basse, de façon à attirer vers l'angle supérieur de la plaie les secrétions qui pourraient s'y former, et à protéger ainsi l'orifice supérieur des voies respiratoires. Les pansements seront renouvelés fréquemment et la plaie surveillée attentivement. C'est grâce à cette précaution que, chez le malade particulièrement suivi par nous, nous avons pu nous apercevoir à temps du sphacèle du premier anneau de la trachée, qui, en tombant dans les voies respiratoires, aurait pu donner lieu à une broncho-pneumonie infectieuse mortelle.

La canule trachéale sera entourée de gaze stérilisée, de façon à obtenir aussi hermétiquement que possible le calibre de la trachée. L'air inspiré, chargé de vapeurs balsamiques ou antiseptiques, sera tamisé par une compresse de gaze stérilisée, placée au devant de l'orifice de la canule et sera ainsi purgé de la plupart de ses souillures.

Quand aucune complication ne vient interrompre le cours normal de la convalescence, le malade se rétablit exceptionnellement vite. Au cinquième jour, le malade commence à se lever dans sa chambre. Au septième jour, souvent même plus tôt, on cesse l'alimentation à la sonde et le malade commence à déglutir ; au bout de trois se-

maines, tout est cicatrisé et le malade sort généralement de l'hôpital.

Même après l'extirpation totale, les malades conservent souvent la faculté de parler d'une voie chuchotée : nous avons été témoin du fait chez notre malade ; dans la littérature laryngologique nous trouvons également de nombreux exemples de ce genre : tels sont plusieurs cas de Gluck et le cas si curieux de Salis-Cohen (observation IV). Gluck explique ce curieux phénomène de deux façons. Le courant d'air, nécessaire à la phonation viendrait, d'après lui, soit de l'estomac, soit du pharynx.

En tous cas, il est toujours possible de proposer au malade l'usage d'un appareil phonétique, du genre de ceux employés par Périer ou par Gluck. Nous allons les décrire tous deux.

LARYNX ARTIFICIEL DE PÉRIER

Thèse de Perruchet :

« Ce larynx artificiel se compose d'un tube métallique renfermant une anche métallique — et analogue au diapason des violonistes. Ce tube métallique est terminé d'un côté par une lame épaisse de caoutchouc assez large pour oblitérer l'orifice pharyngé et porte sur ses côtés deux anneaux permettant de le maintenir fixé par des cordons derrière le cou. L'autre extrémité est en communication avec un double réservoir formé de deux poches de caoutchouc servant à régulariser la pression.

Le courant d'air est fourni par une poire en caoutchouc que le malade actionne avec la main.

« L'appareil ainsi constitué est fixé sur la poitrine au moyen de bretelles. L'extrémité est placée dans l'ouverture pharyngée et les cordons liés derrière le cou. Le malade, de sa main droite, presse la poire de caoutchouc. On entend alors un son fondamental émis par l'instrument et que modifient les mouvements de la langue et des lèvres. »

Ce larynx est utilisable quand on emploie le procédé de Périer typique, c'est-à-dire quand on laisse subsister un orifice pharyngien sous-mentonnier.

LARYNX ARTIFICIEL DE GLUCK

Gluck a inventé son appareil phonétique pour les cas où il ne subsiste aucun orifice pharyngo-œsophagien :

« Il se compose d'une canule trachéale externe, garnie d'une canule interne munie d'une soupape (sorte de languette). Quand le sujet inspire, la languette s'ouvre et elle se referme pendant l'expiration ; alors le courant aérien traverse l'appareil phonétique enfermé dans un tube court correspondant à la face externe supérieure de la canule interne. L'appareil résonne alors et le son est conduit dans une sonde de gomme molle dont on maintient l'extrémité périphérique soit devant les lèvres, soit dans le pharynx à travers le nez, soit entre les dents le long de la voûte palatine. Sitôt que le malade, par des

mouvements d'expiration, fait résonner l'appareil et simultanément articule des sons suffisamment nets pour couvrir le son de l'appareil. son chuchotement se transforme en une voix claire et timbrée. »

D'autres larynx artificiels ont été inventés en assez grand nombre dans tous les pays ; ils sont tous à peu près identiques et nous jugeons inutile de les citer en totalité.

DISCUSSION

Nous venons d'exposer d'une manière aussi succincte que possible les différentes modifications successivement apportées à la technique de l'extirpation totale du larynx. Il est facile de se convaincre que tous ces perfectionnements n'ont eu qu'un seul but : combattre la broncho-pneumonie septique. En effet, les statistiques anciennes en font foi, c'est à cette terrible complication qu'était due l'épouvantable mortalité des premières extirpations totales. Les chirurgiens n'ignoraient pas que c'est à la pénétration dans les voies respiratoires des liquides septiques venus de la plaie pharyngo-aésophagienne qu'il fallait attribuer la cause de cette broncho-pneumonie ; aussi les voit-on s'ingénier à reconstituer les canalisations naturelles, séparant ainsi par une paroi hermétique tube digestif et tube aérien. Ils complètent en même temps leur action thérapeutique en prenant les précautions rigoureuses d'asepsie et d'antisepsie que nous avons décrites plus haut.

On voit également à la suite de l'exérèse totale du larynx des malâdes succomber au shock opératoire par collapsus cardiaque. Stoerk explique cet accident en invoquant la lésion des filets cardiaques supérieurs du pneumogastrique passant anormalement dans la muqueuse de la paroi postérieure du pharynx. A vrai dire, cette explication nous paraît un peu spécieuse. A notre avis, dans ces cas, beaucoup plus rares d'ailleurs, que ceux où le malade meurt de broncho-pneumonie, il faut surtout incriminer l'état général d'un malade souvent cachectisé et aussi son âge plus ou moins avancé. Les chirurgiens pourront y remédier en opérant de bonne heure le cancer laryngé sans attendre le dernier degré de l'évolution néoplasique ; d'autre part, le grand âge des malades sera, jusqu'à un certain point, une contre-indication.

Il est enfin des accidents qui viennent accroître dans une faible mesure, il est vrai, la mortalité opératoire après laryngectomie et contre lesquels, hélas ! les chirurgiens se trouvent bien désarmés, ce sont les hémorragies traumatiques, les embolies pulmonaires, etc., etc.

Après avoir montré comment les chirurgiens ont essayé de surmonter les écueils de la laryngectomie, il nous reste à rechercher si le succès a récompensé leurs efforts. L'étude des plus récentes statistiques nous oblige-t-elle toujours à considérer la laryngectomie comme une méthode d'exception, ou bien nous permet-elle de lui accorder une plus entière confiance et même de la préconiser comme une méthode de choix.

Depuis le jour où Billroth pratique sa première extir-

pation totale des cas nombreux de laryngectomie ont été publiés ; dans sa thèse publiée en 1891, Pinconnat en rassemblait déjà un grand nombre et notait une épouvantable mortalité opératoire évaluée à 420/0. Mais c'est surtout depuis 1890 que l'extirpation totale de larynx s'est propagée, nous en avons pour preuve les innombrables observations des succès opératoires rapportées depuis. Loin de nous l'idée de tabler uniquement sur cette constatation pour affirmer les bienfaits de la laryngectomie, nous savons que l'on passe trop souvent sous silence les cas malheureux tandis qu'on se glorifie des cas heureux. Néanmoins, à tout prendre, la multiplicité des guérisons opératoires publiées nous paraît signifier une évolution évidente de la pratique chirurgicale. Il nous semble permis de conclure que ce mouvement en faveur de la laryngectomie n'eut pas existé si les chirurgiens n'avaient été convaincus des bienfaits de la laryngectomie et de sa plus grande innocuité.

C'est là, nous le reconnaissons volontiers, un argument de faible valeur ; seule l'étude des différentes statistiques publiées permet de se créer une opinion sérieuse. Or, celle-ci nous force à enregistrer une amélioration constante du pronostic opératoire de la laryngectomie totale. En 1894, Sendziak rapportait 188 cas de laryngectomie et accusait une mortalité effrayante de 44, 7 pour 0/0. — Plus tard, en 1897, Smiegelow table sur les 50 cas rapportés de 1890 à 1897 et donne des résultats opératoires incomparablement plus encourageants, la mortalité opératoire n'est plus que de 22 0/0. Enfin Von Burns estime

que dans ces dernières années la laryngectomie ne fournit plus que 15 à 18 0/0 de mortalité opératoire.

Tels sont les résultats fournis par les statistiques générales ; nous admettons volontiers que celles ci sont parfois des mensonges en chiffres, mais nous croyons en revanche que les statistiques personnelles, pourvu qu'elles aient quelque importance, présentent le plus grand intérêt, nous allons donc maintenant étudier celles qui ont été publiées.

Pratique de Von Bergmann :

2 laryngectomies totales. — 6 décès opératoires. Mortalité opératoire, 30 0/0.

19 laryngectomies partielles. — 5 décès opératoires. Mortalité opératoire, 26,2 0/0.

9 thyrotomies. — 3 décès opératoires. Mortalité opératoire, 37 0/0.

Pratique de Kocher :

7 laryngectomies totales. — 1 décès opératoire. Mortalité opératoire, 14,2 0/0.

6 laryngectomies partielles. — 1 décès opératoire. Mortalité opératoire, 16,6 0/0.

6 thyrotomies. — 1 décès opératoire. Mortalité opératoire, 16,6 0/0.

Pratique de Miculicz :

2 laryngectomies totales. — 2 guérisons.

2 laryngectomies partielles. — 2 guérisons.

8 thyrotomies. — 1 décès. Mortalité opératoire, 12,5 0/0.

Les chiffres que nous venons de citer sont empruntés au *New-York-médical Journal* du 8 septembre 1900. Article de Bryson Delavan.

Pratique de Harvey :

(The Lancet, 21 septembre 1901.)

6 laryngectomies totales pratiquées de 1890 à 1900. —
5 succès opératoires. Mortalité opératoire de 20 0/0.

Pratique de Cisneros :

Cas observés de 1899 à 1902, et rapportés au Congrès de médecine de Madrid, en 1903.

3 laryngectomies totales. — 3 succès opératoires.

3 hémilaryngectomies. — 3 décès opératoires.

8 thyrotomies. — 8 succès opératoires.

Pratique de Duret :

2 laryngectomies totales. — 2 guérisons opératoires.

Pratique de Jeannel :

2 laryngectomies totales. — 2 guérisons opératoires.

Pratique de Le Bec :

2 laryngectomies totales. — 1 mort accidentelle.

Mais incontestablement la plus remarquable de toutes les statistiques publiées est celle que Gluck rapportait au Congrès de médecine de 1900. Nous citons textuellement : « Je serais en mesure de présenter dix-sept malades guéris de cancer laryngien. Jusqu'ici j'ai soigné et opéré 61 cas de carcinomes laryngo-épiglottiques et de formes mixtes englobant le larynx, le pharynx et la langue avec des résultats variables, mais peu favorables au début. Sur ma dernière série de 35 opérations, j'ai eu seulement 3 décès, dont 2 consécutifs à l'intervention : pneumonie chez un vieillard de 71 ans, et intoxi-

cation par l'iodoforme chez un malade de 69 ans, tandis que le troisième succomba à une lésion secondaire : furoncle de la fesse avec phlegmon septique, complication malheureuse qui me causa un vif chagrin. J'avais opéré d'abord consécutivement 22 malades avec une seule mort, puis 26 avec 3 décès ; ultérieurement, j'ai atteint le chiffre de 35 avec 3 morts, ce qui donne comme taux de mortalité : 4,5 0/0, puis 11 0/0 et enfin 8 0/0. » Dans un récent Congrès tenu par l'Association des laryngologistes anglais, à Swansea, en juillet 1903, Gluck rapporta une nouvelle statistique portant sur 22 nouveaux cas avec 1 seul décès opératoire.

Voici maintenant les résultats obtenus par les défenseurs les plus fervents de la thyrotomie. Les chiffres que nous allons citer sont empruntés à l'article de Bryson Delavau, que nous avons signalé plus haut.

Pratique de Butlin.

10 thyrotomies, 2 décès opératoires ; soit une mortalité de 20 0/0.

Pratique de Chiari.

5 thyrotomies, 1 décès opératoire ; mortalité opératoire de 20 0/0.

Pratique de Schmiegelow.

4 thyrotomies, 4 succès.

Pratique de Semon.

8 thyrotomies, 1 décès opératoire ; soit une mortalité opératoire de 12,5 0/0.

Au récent Congrès de Swansea, dont nous parlions plus haut, Semon a rapporté 20 cas de thyrotomie avec une mort opératoire.

N'est-il pas juste de conclure de l'étude de ces statistiques si diverses que l'extirpation totale du larynx, quoique toujours sérieuse, n'est plus l'opération extrêmement grave d'autrefois ? Ne sommes-nous pas en droit d'affirmer également que la thyrotomie fournit une mortalité opératoire presque équivalente, et que la différence légère qui existe en faveur de la thyrotomie disparaîtrait si la laryngectomie était pratiquée dès la découverte du cancer, avant la période cachectique, comme cela se passe pour la thyrotomie. Nous admettons donc l'opinion de Von Bruns, approuvée par Gluck dans un de ses mémoires, qui attribue aux opérations opérées sur le larynx : thyrotomie, laryngectomie partielle, laryngectomie totale, une mortalité équivalente qui varie entre 15 et 18 0/0.

Nous avons suffisamment démontré, croyons-nous, les progrès incessants et les résultats remarquables de la laryngectomie totale, et nous avons ainsi réduit à néant le principal grief que les thyrotomistes élevaient contre elle. Dès lors, pourquoi les chirurgiens n'adopteraient-ils pas l'extirpation totale comme méthode de choix dans le traitement du cancer laryngé ?

Il semble, en effet, que la laryngectomie totale soit l'intervention qui mette le mieux en garde contre la récurrence ; à ce point de vue, l'accord des laryngologistes est presque unanime ; il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir les nombreux travaux publiés sur ce sujet. Il est,

d'ailleurs, bien rationnel de penser qu'une exérèse totale sera plus efficace contre la récurrence du cancer qu'une extirpation partielle. Pourtant, si l'on compare les différentes statistiques citées plus haut, on est assez étonné de voir signaler des récurrences presque aussi fréquentes à la suite de la laryngectomie qu'après la thyrotomie.

Dernièrement encore, Sir F. Semon présentait 18 cas de cancers vrais opérés par la thyrotomie sans récurrence locale. (Congrès de Swansea, juillet 1903.) Comment concilier ces résultats et l'opinion en apparence contradictoire de la majorité des laryngologues? D'une manière assez simple, croyons-nous; il suffit de se rappeler que la thyrotomie a toujours été pratiquée pour des cancers au début et à évolution lente, tandis que jusqu'à présent on réservait la laryngectomie pour des cas avancés et même parfois désespérés. D'ailleurs, il est assez juste de reconnaître que la statistique fournie par Sir F. Semon est tout particulièrement heureuse; tous les opérateurs sont loin d'avoir observé une semblable immunité à la suite de la thyrotomie. Nous en avons pour preuve la statistique de Cisneros, rapportée par Botella au Congrès de Madrid 1903. Nous citons textuellement :

« Huit thyrotomies avec résections des parties molles, succès opératoire chez tous, mais à l'exception de deux dont on ne sait rien, tous ont récidivé.

« Un presque immédiatement après l'hémilaryngectomie; chez un autre au bout de deux mois survient un cancer de l'estomac; trois récidivèrent au bout de 4, 6, 8 mois; un au bout de deux ans ». Et Botella conclut plus loin :

« La thyrotomie, malgré son innocuité relative, doit être rejetée à cause de l'insécurité de ses résultats. »

Ainsi donc la variabilité des résultats ne nous permet pas de nous rallier à la thyrotomie.

Les thyrotomistes opposent encore les résultats éloignés obtenus par leur méthode. « Parcourez, disent-ils, les statistiques de Semon, Smiegelow, Butlin, Moure, etc., et vous trouverez des survies remarquables. » Ces faits sont évidemment indéniables, mais on ne peut, à notre avis, tabler sur ces guérisons extraordinaires, pas plus qu'on ne pourrait s'appuyer sur les résultats remarquables obtenus par Fraenkel par la méthode endolaryngée. Au Congrès de médecine tenu à Paris en 1900, Fraenkel était à même de présenter plusieurs malades, guéris d'épithélioma par la méthode endolaryngée. Trois d'entre eux avaient bénéficié d'une survie de 16-10 et 4 ans. Pourtant il fut le seul de tous les congressistes à préconiser cette méthode qu'il considérait comme le triomphe de la laryngologie. Il est probable que dans ces cas, comme dans d'autres semblables obtenus par la thyrotomie, il s'agissait de néoplasmes à évolution exceptionnellement bénigne, peut être assez fréquents au niveau du larynx. Mais tant que le microscope ou la clinique ne pourront nous renseigner sur ces formes bénignes des néoplasmes anatomiquement malins, nous croyons logique de considérer le cancer comme devant avoir une marche fatalement envahissante et de le traiter comme tel.

Pourquoi ne pas agir contre le cancer du larynx comme on agit contre le cancer de tous les autres

organes. Quand le chirurgien découvre par bonheur un néoplasme utérin au début, s'attarde-t-il, sous quelque prétexte que ce soit, à l'extirper pièce par pièce ; commençant à le gratter à la curette, continuant par l'amputation du col et n'arrivant à l'hystérectomie totale qu'en dernière analyse. Un chirurgien qui adopterait cette pratique ne serait approuvé par personne et pourtant l'hystérectomie abdominale pour cancer est bien aussi grave que la laryngectomie ; Richelot dans son ouvrage : *La Chirurgie de l'utérus*, nous signale une mortalité opératoire de 31,2 0/0 à la suite de cette intervention.

On agit pareillement contre le cancer du sein même s'il s'agit d'une tumeur squirrheuse à marche très lente, et si la chirurgie des cancers du foie et de l'estomac donne des résultats si peu encourageants c'est précisément à cause de l'extirpation forcément incomplète du néoplasme. Pourquoi donc traiter le cancer du larynx d'une autre façon ?

Cette proposition a, d'ailleurs, été soutenue déjà en 1900 par Mackensie dans le *New-York medical Journal* du 8 septembre. Dans son travail, Mackensie disait textuellement : « Le principe général du traitement dans le cancer du larynx est suffisamment simple, il est ou doit être celui qui nous guide dans le traitement du cancer en quelque lieu qu'il se trouve dans l'organisme..... L'extirpation totale du larynx avec les vaisseaux et ganglions lymphatiques qui en sont tributaires, que ceux-ci soient évidemment malades ou non est la seule sauvegarde possible contre la récurrence locale ou la

métastase. Nous ne pouvons, par aucune autre méthode, donner au malade une assurance suffisante de la prolongation de son existence. »

Les thyrotomistes ne manquent pas de répondre à cette argumentation. « Le cancer du larynx, disent-ils, n'a rien de commun avec les autres néoplasmes malins. Enfermé dans un étui de parois résistantes il peut, pendant six mois, un an, deux ans même rester circonscrit, dès lors s'il est possible de revoir souvent le malade afin de dépister pour ainsi dire la récurrence, on peut très bien s'en tenir à la thyrotomie. »

Adopter cette pratique, c'est profiter assez mal, nous semble-t-il, des moyens thérapeutiques que nous possédons contre le cancer du larynx. Celui-ci se présente dans des conditions exceptionnellement favorables pour la cure radicale, pourquoi renoncer à l'avance que nous possédons sur l'infection cancéreuse. D'ailleurs, est-il toujours si facile de fouiller toute les anfractuosités du larynx, à l'aide du laryngoscope et de déceler la récurrence. Ne possédons-nous pas l'aveu de nombreux chirurgiens frappés de la disproportion parfois énorme entre les lésions trouvées à l'opération, et celles diagnostiquées par le laryngoscope. Gluck signalait ce fait au Congrès de 1900 ; nous l'avons remarqué également dans le cas qui nous est personnel.

Il ne faut pas oublier non plus que la récurrence locale n'est pas tout ; il faut compter avec l'envahissement du système lymphatique d'autant plus accentué qu'on remet plus longtemps l'intervention radicale, si bien que si

si l'on se résout après coup à l'extirpation totale, la récurrence est alors à peu près fatale.

Souvent aussi l'état général se trouve lamentablement modifié, aussi bien du fait de la première opération subie que du fait de la cachexie cancéreuse, le succès opératoire s'en trouve donc gravement compromis. Enfin, est-on sûr que le malade déçu par une première opération infructueuse, se remettra avec la même confiance aux mains du chirurgien, et que, par des attermolements malheureux, il ne permettra pas au mal d'exercer de plus grands ravages ?

Il est enfin un dernier reproche adressé à l'extirpation totale du larynx, c'est l'état plus ou moins précaire des laryngectomisés. Les thyrotomistes insistent avec complaisance sur cet inconvénient et S.-Félix Semon, dans un des derniers numéros des *Annales de laryngologie*, signale « l'existence peu enviable des laryngectomisés ». Nous ne pouvons mieux faire que de leur opposer les propres paroles de Gluck, au Congrès de 1900 : « Les malades dont j'ai rapporté les observations, ne sont pas seulement rétablis au point de vue clinique, mais encore dans l'acception idéale de l'expression. Ils sont rendus à leur famille et ont repris leurs occupations et leur place dans la société ». Nous pouvons ajouter que le malade observé par nous répondait en tous points à ces conditions.

Il nous reste maintenant, pour être complets, à nous demander si la laryngectomie est applicable à tous les cancers du larynx et s'il n'existe pas contre son emploi certaines contre-indications.

Il va sans dire que l'on n'opèrera qu'avec une extrême réserve les bronchitiques chroniques et les malades à cœur défaillant, comme le sont généralement les obèses. Les premiers succomberont presque fatalement à la broncho-pneumonie post opératoire, les seconds au collapsus cardiaque.

Les vieillards supportent généralement mal une intervention de cette importance, encore faut-il revenir sur cette opinion depuis que Gluck a rapporté des guérisons de patients âgés de 70 ans et plus.

C'est surtout quand le cancer aura pris des proportions véritablement considérables que l'on renoncera à recourir à l'extirpation totale ; on pratiquera alors la trachéotomie, qui prolongera de quelques mois la vie du malade.

Nous croyons avoir démontré, dans ce court travail, tous les avantages de la laryngectomie. Nous sommes persuadé que la chirurgie laryngée bénéficierait largement de son emploi plus fréquent et nous serions heureux si cette modeste étude pouvait réhabiliter quelque peu une opération jusqu'à présent si décriée.

OBSERVATIONS

Nous avons recueilli les observations de laryngectomie publiées isolément dans les ouvrages de laryngologie de 1894 en 1903, et nous pouvons ainsi rapporter 52 observations de laryngectomie totale. Il se trouve que dans ces 52 extirpations totales, la mortalité a été, à peu de chose près, la même que celle obtenue par Bergmann, Kocher, Gluck, etc., dont nous avons plus haut rapporté les statistiques personnelles. Sur 52 opérations, 9 morts, ce qui donnerait une mortalité opératoire de 18 0/0, encore nous paraît-il juste de faire remarquer que 2 malades ont succombé accidentellement: celui de l'observation II et celui de l'observation XXV. Si bien que si l'on écarte ces deux insuccès, qui n'improvent en rien la méthode, on arrive à obtenir une mortalité opératoire de 14 0/0. Dans 3 cas (observations XXII, XXVII, XL), ce fut encore la pneumonie qui fut cause de la mort. Le malade de l'observation XXIX succomba au collapsus cardiaque, celui de l'observation XLIX à l'infection généralisée; signalons enfin 1 mort par récurrence dans la plaie (obs. VI); et

1 mort d'un enfant. A propos de ce dernier cas, il est bon de faire remarquer que tous les chirurgiens reconnaissent à la laryngectomie, chez l'enfant, une gravité exceptionnelle.

Il est encore deux constatations qui se dégagent de la lecture de nos observations, c'est, d'une part, le prompt rétablissement des opérés et, d'autre part, la conservation fréquente de la voix chuchotée.

OBSERVATION I (Personnelle).

François-Nicolas X..., 50 ans, cordonnier. Antécédents héréditaires et personnels : nuls.

Les premiers troubles apparaissent en décembre 1901. Ce sont des bourdonnements d'oreilles, des suffocations passagères, des quintes de toux, des douleurs légères prurigineuses siégeant au niveau du larynx.

Un médecin est consulté à cette époque. Il porte le diagnostic de laryngite banale et prescrit : sirop de tolu, inhalations d'une infusion de feuilles de coca.

Cet état reste stationnaire pendant six mois, puis les troubles de la voix apparaissent et s'accroissent, l'enrouement devient de plus en plus marqué, les suffocations se reproduisent fréquemment et empêchent le malade de reposer la nuit.

Le 8 octobre 1902, le malade prend une consultation à l'hôpital Cochin, d'où on l'adresse à un médecin spécialiste ; ce dernier donne un certificat concluant à une tuberculose laryngée et conseillant l'admission à l'hôpital, une trachéotomie d'urgence pouvant s'imposer d'un moment à l'autre, à cause du rétrécissement glottique.

A son entrée à l'hôpital Saint-Joseph, en décembre 1902, le diagnostic laryngologique n'est plus hésitant. L'examen macroscopique du larynx extirpé permet de se rendre compte de la forme et de l'étendue des lésions.

La phonation et la respiration sont d'ailleurs gravement compromises. Le malade a beaucoup de peine à parler à voix basse. Les accès de suffocation se renouvellent à la moindre excitation ; un simple examen laryngologique suffit à les provoquer. Le malade présente du cornage : la toux est fréquente et se termine par l'expulsion de nombreux crachats qui ne contiennent aucun bacille de Koch. Peu de douleurs, aucune gêne à la déglutition. Le larynx est saillant, très large transversalement ; absolument indolore à la pression. Il se laisse déplacer dans tous les sens.

Il n'y a pas d'adénopathie cancéreuse bien nette, à peine peut-on soupçonner quelques petits ganglions durs dans les régions sous-maxillaires droites et sous le sterno-cléido-mastoïdien du même côté.

L'examen des poumons révèle une intégrité parfaite.

Le cœur et les reins sont normaux ; urines normales.

Etant donnée l'étendue des lésions, la laryngectomie est décidée. On la propose au malade qui l'accepte.

L'opération est pratiquée par M. le docteur Le Bec, le 12 décembre 1902, avec l'aide de Réal, Muller, Cauzard et Ménager, qui donnent le chloroforme.

Anesthésie chloroformique.

Premier temps. — Incision en T.

Deuxième temps. — Section transversale de la trachée. Mobilisation des premiers anneaux. Fixation à la peau de l'orifice supérieur de la trachée.

Troisième temps. — Extirpation complète et en masse du larynx.

Quatrième temps. — Réfection de la paroi antérieure du pharynx.

Cinquième temps. — Fixation définitive de la trachée à la peau. Sutures de la peau avec crins de Florence.

Durée de l'opération : 2 h. 1/4.

Chloroforme employé : 100 grammes.

Injection de 500 grammes de sérum.

Huile camphrée.

Le malade fut mis dans une chambre isolée, dans une atmosphère humide et chaude, produite par l'évaporation d'une solution aqueuse d'eucalyptus. Il portait une cravate de gaze stérilisée pour tamiser l'air inspiré.

Suites opératoires excellentes. Les pansements sont renouvelés souvent. Les jours qui suivent l'opération, le malade est nourri à la sonde à demeure.

Au quatrième jour, le malade se lève dans sa chambre.

Au sixième jour, le malade enlève lui-même sa sonde à demeure et la remet chaque fois qu'il s'alimente.

Le neuvième jour, M. le docteur Le Bec enlève les fils de soie qui unissent la trachée à la peau ; il constate que le premier anneau de la trachée s'est sphacélé et répand une odeur infecte. Les parties sphacélées sont tombées et la plaie a pris ensuite un bon aspect. Heureusement qu'aucune parcelle de ces tissus sphacelés n'est tombée dans les bronches, ce qui aurait pu causer une pneumonie septique mortelle.

Au dixième jour, on s'aperçoit que la suture cutanée, rompue en un point, laisse suinter de la salive, ainsi que les aliments liquides que le malade essaie de déglutir. Il s'était formé une fistule salivaire.

Traitement : des pansements plus fréquents.

L'examen laryngoscopique, pratiqué à cette époque par M. le docteur Chatelier, permet d'apercevoir immédiatement en arrière de la base de la langue un vaste infundibulum muqueux qui répond à la cavité du larynx et immédiatement en avant, séparé de cet infundibulum par un repli muqueux transversal, l'orifice supérieur de l'œsophage.

Cet infundibulum est en partie rempli de salive et est probablement l'origine de la fistule salivaire et en tout cas l'entretient.

En effet, l'examen laryngoscopique pratiqué au vingt-cinquième jour, alors que la fistule salivaire était peu à peu disparue d'elle même, permet de constater également la disparition complète de cet infundibulum représenté par une dépression légère où l'on pourrait à peine entrer la pointe d'un stylet.

Le malade sort guéri de l'hôpital. A sa sortie nous voulons lui enlever définitivement la canule. A peine en était-il privé de 5 minutes, que nous étions forcés de la remettre en place. Sous les efforts d'inspiration, les bourrelets cutanés de l'orifice trachéal semblaient se rabattre en avant et en dedans, et tendaient à obstruer l'orifice respiratoire, d'où suffocation continue.

En somme, suites opératoires exceptionnellement bénignes. Guérison définitive à peine retardée par l'apparition d'une fistule salivaire.

Au point de vue de la phonation, le malade est aussi un privilégié : il arrive, en effet, à parler d'une voix chuchotée très compréhensible. Son état ne paraît donc pas nécessiter l'emploi d'un appareil phonateur.

Cette voix chuchotée se fait par le mécanisme suivant : le malade fait une inspiration, l'air s'accumule dans tout le pharynx supérieur, et sort par les lèvres en produisant un son distinct.

Examen anatomo-pathologique. — La base et le bord droit de l'épiglotte sont infiltrés par le cancer et recouverts de bourgeons épithéliomateux.

Vue par l'orifice supérieur du larynx, la glotte apparaît presque complètement remplie par un énorme bourgeon cancéreux dont on ne peut distinguer le point d'implantation ; une fente très étroite existe entre la face antérieure des aryténoïdes et la tumeur ; les lèvres de cette fente paraissent si rapprochées

qu'on se demande vraiment comment pouvait s'accomplir l'acte respiratoire.

L'incision de la paroi postérieure du larynx permet d'écarter les deux lames latérales du thyroïde et de constater la place d'origine du cancer. La corde vocale droite, la bande ventriculaire droite et les aryténoïdes sont absolument envahis par le tissu carcinomateux.

L'examen microscopique pratiqué par M. Lorrain, chef de laboratoire, a fait connaître qu'il s'agissait d'épithélioma pavimenteux tubulé.

OBSERVATION II

Opération pratiquée par M. Le Bec

(P. Cauzard et Delobel. *Annales de laryngologie*, oct. 1902.)

M. X..., instituteur, 52 ans, Epithélioma soigné d'abord comme laryngite banale, puis diagnostic clinique et anatomopathologique, d'épithélioma lobulé occupant les 2/3 antérieurs de la corde vocale droite. Laryngectomie totale le 21 août 1902. Anesthésie générale par le chloroforme. Trachéotomie. Thyrotomie. Laryngectomie. Fermeture de la trachée au niveau du premier anneau. Réfection du conduit pharyngo œsophagien. Extériorisation du moignon trachéal. Sonde œsophagienne passée par la narine gauche. Drain placé dans l'extrémité inférieure de la plaie. Le soir, injection de 1 litre de sérum; atmosphère humide tiède. Aucune nourriture pendant 24 heures.

22 avril. @ 37°4. Pouls 68.

23 avril. @ normal. Pouls 70.

24 avril. @ normal. Pouls 78.

25 avril. @ normale. Pouls 78. Le soir, à 9 h. 1/2, dans un accès de toux violente la canule est expulsée; le malade res-

pire mal sans la canule et présente des signes d'angoisse. L'interne de garde appelé de suite fait plusieurs tentatives pour replacer la canule, mais le malade angoissé, dyspnéique se débat et est très difficilement maintenu tranquille, la canule semble cependant remplacée et la suffocation persiste. et un moment après un flot de sérosité du sang est chassé par la canule. Mais l'asphyxie progresse et le malade meurt en l'espace de quinze minutes à peine.

Le lendemain nous examinons la plaie et l'extrémité supérieure de la trachée : la trachée est restée fixée à la peau mais la paroi postérieure de la trachée au niveau de deux et trois anneaux est détruite et une sonde pénètre facilement dans le médiastin. La canule avait donc perforé la paroi postérieure de la trachée.

OBSERVATION III

Dwight L. Hubbard.

Patient âgé de 45 ans, ayant de la difficulté de respiration depuis huit mois environ. L'examen montre à l'intérieur du larynx, une tumeur carcinomateuse, englobant tout le cartilage thyroïde et les cordes vocales, surtout du côté gauche. L'épiglotte n'était pas affectée. Tuméfactions des glandes cervicales profondes du côté gauche, qui furent extraites au moment de l'opération, et trouvées infiltrées d'éléments carcinomateux.

L'infection des glandes semble avoir été due à une métastase car il n'y a pas continuité directe avec la tumeur du larynx. Un tampon de Trendelenburg fut maintenu dans le larynx pendant deux semaines après l'opération, pour empêcher l'infection ; il ne passa pas de sang au-dessous du tampon. L'épiglotte ne fut pas enlevée. Sept semaines après l'opération, un

larynx artificiel fut introduit et l'individu put très bien causer à l'aide d'un tube à anche.

OBSERVATION IV

Solis-Cohen.

Présentation d'un homme opéré depuis 22 mois. Le larynx a été enlevé et l'extrémité de la trachée séparée cousue à la peau. Le point intéressant de ce cas, c'est que l'individu parle en articulant très bien.

Ces deux observations ont été rapportées à l'Académie de médecine de New-York, séance du 28 février 1894. Analysé in *Revue Mowre*.

OBSERVATION V

Gordon Macdonald.

Excision du larynx, de l'os hyoïde et de cinq anneaux de la trachée pour un cancer extra laryngien, mais ayant gagné le larynx. Trachéotomie préalable, pratiquée 10 jours avant l'exérèse totale. Après celle-ci, suture de la paroi pharyngée. Suites normales. Déglutition possible après 2 jours. Seconde intervention pour permettre l'application d'un larynx artificiel 3 mois après. Guérison définitive. (*British medical Journal*, 30 décembre 1893.)

OBSERVATION VI

Luc.

Jeune homme de 23 ans, atteint de cancer laryngé. On avait d'abord diagnostiqué tuberculose, et on avait été amené à pratiquer la trachéotomie d'urgence. La laryngectomie fut prati-

quée par M. Picqué, suivant le procédé de Périer. Suites opératoires pénibles : suppuration de la plaie, puis récidence du cancer dans la plaie. Les ganglions du cou ne se sont infiltrés que très tardivement. (*Archives internationales de laryngologie*, n° 1, 1894.)

OBSERVATION VII

Wolff

Un cas d'extirpation totale du larynx pour un carcinome opéré le 8 octobre 1891. Guérison maintenue. (*Berl. Klin. Wochenschrift*, n° 31, 1894.)

OBSERVATION VIII

Jeannel

Epithélioma du larynx. Trachéotomie d'urgence, puis ablation par la méthode de Périer suivie de la suture des lèvres pharyngées. Guérison opératoire après 3 semaines. Maintendue un an après.

OBSERVATION IX

Péan

Malade de 50 ans. Ablation totale du larynx, de la portion supérieure de l'œsophage et de la portion inférieure du pharynx. Suites opératoires excellentes. Réunion par première intention. Rétablissement de la phonation par un appareil prothétique spécial. (*Gazette des Hôpitaux*, 31 janvier 1895.)

OBSERVATION X

Bérard

Homme porteur d'une tumeur maligne du larynx ayant déterminé des accidents de suffocation pour lesquels une tra-

chéotomie avait été pratiquée d'urgence — la laryngectomie fut pratiquée ensuite ; le malade étant dans la position de Rose, le larynx fut sectionné en 2 valves latérales, qui furent enlevées successivement : la trachée fut suturée à la peau. Les suites opératoires furent relativement satisfaisantes. (*Lyon Médical*, n° 35, 1895.)

OBSERVATION XI

M. Bond

Homme de 50 ans, a eu tout le larynx extirpé en septembre 1892, sauf l'épiglotte et les bords postérieurs et supérieurs du cartilage thyroïde. La trachée fut traitée suivant la méthode de Périer. Huit jours après l'opération, le patient pouvait manger une côtelette. Depuis 39 mois il porte son larynx artificiel et la guérison se maintient. (*Revue hebdomadaire de Laryngologie*, 1896, page 1070.)

OBSERVATION XII

M. Bond

Homme trachéotomisé d'urgence, puis opéré en août 1894. Nombreux ganglions extirpés. La sécrétion de salive dans la plaie l'infecte et rend nécessaire deux opérations plastiques. Le sujet guérit et l'est encore le 8 janvier 1896. (*Idem.*)

OBSERVATION XIII

Ward

Homme de 64 ans, porteur d'un épithélioma. Guérison.

OBSERVATION XIV

Ward

Homme de 42 ans, porteur d'un épithélioma produisant de la dyspnée et de la dysphagie. Guérison opératoire.

OBSERVATION XV

Ward

Enfant atteint de papillome laryngé, qui mourut 6 heures après l'intervention.

Dans ces trois cas de Ward, la trachée sectionnée fut fixée à la peau et la plaie pharyngienne fut fermée par une suture. (*British medical Journal*, 16 mai 1896.)

OBSERVATION XVI

Thompson

Homme âgé de 35 ans, atteint de sarcome du larynx. Opération le 31 juillet 1895. Laryngectomie totale. Réunion de la plaie par première intention. Cinq semaines après, la réunion était complète et le malade pouvait avaler des solides. (*Medical News*, 26 octobre 1895.)

OBSERVATION XVII

Lambert Lack

Malade de 58 ans. Tumeur ayant envahi la bande ventriculaire et la corde droites, les deux tiers antérieurs de la corde gauche et s'étendant en bas jusqu'au premier anneau trachéal. Opération pratiquée le 15 août. Procédé de Périer, puis trois plans de suture pour fermer la plaie pharyngée. Guérison 15 jours après.

OBSERVATION XVIII

Lambert Lack

Malade de 45 ans. Tumeur ayant envahi l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques la partie antérieure des bandes ventri-

culaires et les parties adjacentes de la base de la langue et du pharynx. Petits ganglions indurés et mobiles dans le triangle antérieur gauche. Opération identique à celle de l'observation précédente. Application de sutures très difficile, à cause de l'énorme brèche pharyngée. Néanmoins, elles ont tenu cinq jours. C'est alors qu'est apparue une fistule salivaire qui s'est rétrécie petit à petit. Guérison complète.

Ces deux cas furent rapportés à la Société Laryngologique de Londres, 9 décembre 1896.

OBSERVATION XIX

Spencer

Femme de 43 ans, trachéotomisée d'abord pour une dyspnée croissante due à un carcinome laryngien. Opération suivant la méthode de Périer. Ablation du larynx, de deux anneaux de la trachée, des ganglions tuméfiés. Suture de la plaie. Guérison définitive. (*Société Laryngologique de Londres*, 11 novembre 1896.)

OBSERVATION XX

Sacchi

Homme atteint d'épithéliome laryngé. Extirpation suivant la méthode de Périer. Comme il était impossible de suturer la plaie pharyngienne suivant le procédé de Bardenhauer, l'auteur sutura la paroi antérieure de l'œsophage à la face profonde des muscles aponévroses et peau du cou. Guérison. (*H. Polyclinico*, 1^{er} février 1897.)

OBSERVATION XVI

Winckler

Femme de 41 ans. Extirpation totale après laryngofissure exploratrice. Suture de la paroi antérieure de l'œsophage aux

bords de la langue. Guérison de la plaie par première intention, sans fistule. Un an après, la malade était encore en excellent état. (4^e Réunion des laryngologistes de l'Allemagne du Sud, Heidelberg, le 7 juin 1897. — *In Recue Hebd. de Laryngologie.*)

OBSERVATION XXII

Robert Woods

Homme de 65 ans atteint d'une tumeur épithéliomateuse s'étendant depuis l'entrée du larynx jusqu'au-dessous de la corde vocale droite englobant une partie de l'épiglotte. Après laryngofissure exploratrice, extirpation totale. Section transversale de la trachée et abouchement à la peau. Suture de la plaie pharyngée.

Mort 19 jours après l'opération, d'une pneumonie. (*Dublin Journal of méd. Sciences*, mars 1897.)

OBSERVATION XXIII

Berton

Un cas d'extirpation de larynx suivie de guérison. (*Australian Gazette*, juin 1897.)

OBSERVATION XXIV

(Jonnesco.)

Epithelioma du larynx. — Extirpation totale (procédé Périer). — Guérison.

Homme de 45 ans. atteint d'un épithélioma du larynx occupant l'épiglotte et la partie supérieure du larynx. Pas de ganglions. Laryngectomie totale suivant le procédé de Périer typique. Adaptation de l'appareil phonétique Périer-Aubry, à l'aide duquel le malade se fait très bien comprendre.

OBSERVATION XXV

(Duret.)

Malade opéré de carcinome laryngé. Réunion par première intention. Mort au 25^e jour, parce que, en l'alimentant par une sonde pénétrée dans l'œsophage, une certaine quantité de liquide pénétra dans les bronches et détermina une pneumonie. (Procédé de Périer.)

OBSERVATION XXVI

(Duret.)

Malade de 25 ans. Corde vocale gauche et bande ventriculaire envahies par le néoplasme. Extirpation totale le 7 octobre 1896. Procédé de Périer dans ses lignes principales. Au lieu de laisser l'ouverture pharyngienne largement béante en avant, on fait une suture continue à la soie des bords de l'entonnoir pharyngo-œsophagien aux tissus fibreux et périostiques de l'os hyoïde et de la base de l'épiglotte. Guérison opératoire au bout de quinze jours. Récidive ganglionnaire en avril 1897. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, n° 30, 1898.)

OBSERVATION XXVII

(Schurly.)

Femme de 45 ans, paraissant seulement atteinte de cancer intrinsèque du larynx. A l'opération, on trouva une propagation pharyngée, ce qui causa l'extirpation d'une portion du pharynx. Suture du pharynx au reste de l'épiglotte; abouchement trachéal à la peau. Mort le 11^e jour de pneumonie septique. (*New-York medical Journal*, 16 juillet 1898.)

OBSERVATION XXVIII

(Berton.)

Un cas d'extirpation du larynx suivi de guérison. (*Australasian Gazette*, juin 1897.)

OBSERVATION XXIX

(Joel.)

Homme de 62 ans, porteur d'un épithélioma du larynx ayant envahi laryténoïde droit, le repli ary-épiglottique droit, la bande ventriculaire et la corde vocale. Pendant les premiers jours, les suites furent normales; puis, le 10^e, le malade mourut après avoir eu un pouls petit et rapide à 120, la température restant normale. Affaiblissement du muscle cardiaque.

OBSERVATION XXX

(Symonds.)

Malade de 53 ans opéré par le procédé de Périer avec suture antérieure du pharynx et du larynx. Réunion par première intention. Mouvements de déglutition possibles au bout de vingt-quatre heures. Guérison dans d'excellentes conditions. (*Revue hebdomadaire de laryngologie*, p. 187, 1899.)

OBSERVATION XXXI

(Leech,)

Homme de 57 ans, atteint d'épithéloma du larynx. Première intervention le 6 novembre 1899. Trachéotomie et exploration. Deuxième le 17 novembre; laryngectomie totale. Guérison complète. (*The Lancet*, 18 février 1899.)

OBSERVATION XXXII

(Forns.)

Cas d'extirpation du larynx pour épithélioma. Guérison avec conservation de la voix. (*Riv. de med. y cir. Pract.*, n° 25, mai 1899.)

OBSERVATION XXXIII

(Franck.)

Laryngectomie avec présentation du malade. (*Chicago medical Record*, décembre 1899.)

OBSERVATION XXXIV

(Weiss.)

Homme atteint de cancer du larynx étendu au pharynx et à l'œsophage. Le procédé de Périer type est employé. La tranchée est suturée à la peau ainsi que le bord antérieur de l'œsophage, dans lequel est placée une sonde de Nélaton. Les suites opératoires ont été excellentes, et quinze jours après le malade était en parfait état de santé. (*Revue médicale de l'Est*, n° 3, 1899.)

OBSERVATION XXXV

(Brewer.)

Femme atteinte de tumeur maligne du larynx enlevée par voie endolaryngée d'abord, puis récidivée. Opération de Périer. Plaies de l'œsophage et du pharynx suturées. La malade guérit sans encombre et sortit de l'hôpital au 29^e jour. (*Medical Record*, 14 octobre 1899.)

OBSERVATION XXXVI

(Ard.)

Femme de 41 ans ayant subi successivement deux interventions radicales pour épithélioma laryngé. On pratiqua d'abord une hemi-laryngectomie en novembre 1898, puis une laryngectomie totale en 1898. Guérison complète. (*Medical Record*, 14 octobre 1899.)

OBSERVATION XXXVII

(Navratil).

Homme de 54 ans, opéré pour carcinome du larynx. Ablation endolaryngée en novembre 1898. Récidive et résection partielle du larynx. pratiquée le 13 février 1899. Guérison opératoire, puis nouvelle récidive, 7 septembre 1899, sur la corde vocale existante. Ablation de tout ce qui reste du larynx, en octobre 1899. Guérison définitive le 4 février 1900. (*Annales de laryngologie*, n° 27. 1901.)

OBSERVATION XXXVIII

(Harvey).

Six cas de laryngectomie.

Homme de 42 ans, qui était malade depuis 12 mois. Il avait été averti, dès lors, que son larynx devait être extirpé, mais il n'y avait pas consenti. L'opération ne fut pratiquée que sur ses instances réitérées, le 17 juillet 1894. Trachéotomie préliminaire quinze jours avant, puis excision du larynx. Suites opératoires excellentes. Une opération plastique est pratiquée ensuite. Le malade se trouve en excellente santé : parle à l'aide d'un larynx artificiel et vaque à ses occupations comme par le passé.

OBSERVATION XXXIX

(Harvey).

Femme âgée de 29 ans, atteinte de carcinome laryngé. Exérèse totale pratiquée le 22 août 1894. Le larynx était tellement infiltré par le cancer et les cartilages tellement ramollis que le larynx fut extirpé morceau par morceau. Le pharynx envahi fut réséqué en partie et il fut impossible de le fermer. Guérison opératoire, mais récidive rapide et mort quelques mois plus tard, d'une hémorrhagie au voisinage de la plaie.

OBSERVATION XL

(Harvey).

Homme de 64 ans, atteint de carcinome du larynx, opéré le 22 août 1895, opéré comme le précédent ; il alla bien jusqu'au 29. Le soir du 29, la respiration s'embarrassa soudain, et en quelques instants il mourut. L'autopsie ne put être pratiquée.

OBSERVATION XLI

(Harvey).

Homme âgé de 52 ans. Trachéotomie, d'urgence en juillet 1896. L'opération est alors proposée, mais le malade refuse.

L'opération est ainsi ajournée et ne peut être pratiquée que le 22 octobre 1896. Le larynx fut enlevé, ainsi que les bords de l'incision de la trachéotomie qui étaient envahis. De même quelques ganglions cervicaux furent extirpés. Guérison opératoire. Six semaines plus tard il fallait extirper de nouveaux ganglions cancéreux. En janvier 1897, récurrence sur le sternomastoidien, trop étendue pour permettre l'excision. Le malade mourut de cachexie néoplasique. L'affection semble avoir été d'une malignité inaccoutumée et il est regrettable que le malade ne se soit pas soumis dès le début à l'intervention chirurgicale conseillée.

OBSERVATION XLII

(Harvey).

Homme âgé de 61 ans. Trachéotomie d'urgence en mai 1897. Opération pratiquée le 12 octobre. Tumeur occupant le côté gauche du larynx tout entier et ayant perforé la membrane crico-thyroïdienne. Ablation totale. Guérison opératoire ; 24 heures après, le patient pouvait avaler du lait. Ce malade mourut un an plus tard de pneumonie franche aiguë.

OBSERVATION XLIII

(Harvey.)

Homme de 48 ans, obèse, atteint d'épithélioma du larynx. Opéré le 28 juillet 1900. Sa santé se rétablit rapidement. En décembre un ganglion cancéreux fut extirpé. Il parle maintenant à l'aide d'un larynx artificiel de Gluck, et sa santé paraît satisfaisante. (*The Lancet*, 21 sept. 1901.)

OBSERVATION XLIV

(Castaing et Laurens).

Homme de 50 ans, porteur d'un néoplasme intralaryngé. Opéré par le professeur Jeannel, qui pratiqua la laryngectomie totale. Suite opératoire excellente. Au bout de quinze jours le malade absorbait des aliments solides. (*Echo médical de Toulouse*, n° 33, 1901.)

OBSERVATION XLV

(Jacques).

Tumeur épithéliomateuse du larynx. Laryngectomie. Guérison. (*Revue médicale de l'Est*, 15 oct. 1901.)

OBSERVATION XLVI

(Braun.)

Malade de 56 ans, opéré par le procédé de Gluck. Guérison opératoire rapide. Parole revenue sans larynx artificiel.

OBSERVATION XLVII

(Dundas Grant.)

Femme de 40 ans, atteinte d'une tumeur du larynx qui pouvait être prise pour de la syphilis ou pour une tumeur maligne.

Après épreuve négative du traitement antisypilitique, on se décide à l'extirpation totale. Opération pratiquée le 3 mars 1900. Au 7 avril l'état général était très bon et tout faisait prévoir la guérison de la malade. (Société de laryngologie de Londres, séance du 7 avril 1900.)

OBSERVATION XLVIII

(Th. Farbell.)

Homme de 54 ans, atteint d'une tumeur fongueuse, grisâtre. Examen histologique positif. Laryngectomie quelques jours après. Malade guéri. 26 jours après l'opération, le malade pouvait s'alimenter à l'aide d'une sonde stomacale introduite au moment de chaque repas. (*Revue hebdomadaire de laryngologie*, année 1001, p. 109.)

OBSERVATION XLIX

(Joseph. S. Gibb.)

Homme atteint de carcinome du larynx. Diagnostic histologique positif, portant épithélioma squameux. Extirpation totale le 15 mars 1900. Mort le 5^e jour. Infection généralisée, due au streptocoque ; trouvé dans les principaux viscères : cœur, sang, rate. (Société américaine de laryngologie. Congrès de Philadelphie, 1900.)

OBSERVATION L

(Koschier.)

Carcinome épithélial pavimenteux, englobant la corde vocale et le ventricule droit, ainsi que la plus grande partie de l'épiglotte et le repli pharyngo-épiglottique droit.

Extirpation après trachéotomie. Le patient a appris à introduire la sonde œsophagienne lui-même.

OBSERVATION LI

(Koschier.)

Carcinome épithélial pavimenteux de la corde vocale gauche et du ventricule. Laryngectomie ;

L'épiglotte est respectée. Deux jours après, le malade avale sans difficulté. Les masses extirpées sont remplacées par un bourrelet cicatriciel qui, avec la corde vocale droite, assure la phonation.

OBSERVATION LII

(Bristow.)

Homme de 37 ans, atteint de cancer du larynx, enrouement date de 1897. Vient trouver le chirurgien en octobre 1899. La trachéotomie préalable est pratiquée d'urgence pour obvier à des crises de dyspnée. Extirpation totale au commencement de 1900 : anesthésie au protoxyde d'azote. Tout le larynx fut extirpé, ainsi que l'épiglotte. 19 jours après l'intervention le malade a été présenté devant une société de médecine. *L'auteur émet l'opinion que beaucoup de cas de cancer du larynx peuvent être guéris si l'intervention est précoce.* (Académie de médecine de New-York, 12 mars 1900.)

CONCLUSIONS

1° La meilleure technique à employer pour l'extirpation totale du larynx consiste dans le procédé de Périer suivi de pharyngo-plastique suivant le mode de Bardenkauer ou celui de Gluck.

2° A l'heure actuelle la laryngectomie donne une mortalité opératoire sensiblement égale à celle fournie par la thyrotomie.

3° Elle donne contre la récidence une sécurité beaucoup plus grande que la thyrotomie.

4° Il y a donc lieu, croyons-nous, sinon de généraliser son emploi, du moins de l'étendre à de nombreux cancers du larynx traités par la thyrotomie.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
P. BERGER

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS.
L. BOMPART.

BIBLIOGRAPHIE

Notre bibliographie porte uniquement sur les travaux publiés depuis 1893-1894 ; nous avons jugé inutile de signaler les mémoires publiés auparavant ; on en trouvera d'ailleurs la nomenclature complète dans :

SCHWARTZ. — *Thèse d'agrégation*, 1887.

PINCONNAT. — *Thèse de doctorat*, 1890-1891.

PERRUCHET. — *Thèse de doctorat*, 1893-1894.

GLUCK. — Contribution au diagnostic et à la thérapeutique des cancers du larynx. (*Berliner Klin. Wochenschrift*), n° 51, 1893.

TOTI. — Diagnostic et traitement du cancer primitif du larynx. (*Rivista di Pat. e therap. delli Malati della Gola*, n° 1, 1094.

CURTIS. — Le traitement du cancer du larynx par l'opération radicale. (*Medical Record*, 24 février 1894).

VIRCHOW. — Des résultats de l'extirpation complète du larynx. (*Semaine médicale*, n° 39, 1894).

ALLEN. — Faculté de parler sans larynx. (*The Medical News*, 17 mars 1894).

POWERS (Dr), et G. WHITE. — Excision du larynx. Six cas non encore rapportés et analyse de 300 autres cas recueil-

- lis dans la littérature. Dans *Medical Record*, 23 mars 1895.
- SEMON (Félix). — Résultats de l'opération radicale pour affections malignes du larynx, d'après les observations de sa pratique. (*The Lancet*, 15-22-29 décembre 1894).
- DELAVAN. — Indications pour opérations radicales précoces dans les affections malignes du larynx. (*The Lancet*, 17 août 1895).
- SENDZIACK. — Recherches sur le traitement opératoire des néoplasmes malins du larynx. (*Medical News*, 19 janvier 1895).
- MASINI. — Sur le diagnostic et la cure des néoplasmes laryngés. (*Gasetta degli Ospidali*, 19 octobre 1895).
- LAVISÉ. — De la laryngectomie totale. (Bruxelles, Hayez, imprimeur).
- TERRIER. — Leçon clinique. (*Archives internationales de laryngologie*, n° 4, 1896.)
- GLUCK. — Traitement chirurgical des tumeurs du larynx. (*Semaine médicale*, 22 janvier 1896.)
- LAMBERT-LACK. — Contribution au traitement opératoire des tumeurs malignes du larynx. (*The Lancet*, 13 juin 1896).
- LOUDARD. — Indications de la trachéotomie dans le cancer du larynx. (*Thèse*, Bordeaux, 1896).
- SMIEGELOW. — Diagnostic et traitement du cancer du larynx. (*Annales des maladies de l'oreille*, 4 avril 1897).
- GRAF (Dr). — Résultats définitifs de l'extirpation du larynx pour cancer. (*Semaine médicale*, n° 20, mai 1897).
- SENDZIACK (D.). — Des tumeurs malignes du larynx et de leur traitement. (In *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1897, p. 4).
- GRAF. — Résultats de la pratique de Von Bergmann dans la chirurgie du larynx, de 1883 à 1896. (In *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1897, p. 765).
- HANSBERG. — Du traitement opératoire du cancer du larynx. (*Archiv. f. Laryngologie*, Bd. V., 1896.)

- WENDELL (Philip). — Du diagnostic précoce du cancer du larynx. (*The Laryngoscope*, n° 6, juin 1897).
- SCHMIDT. — Du Carcinomelaryngien. (*Deutsch med. Wochenschrift*, n° 45, 4 nov. 1897).
- JEANNEL. — Traitement du cancer du larynx (*Archives de Toulouse*, 15 décembre 1897.)
- GLUCK. — Traitement chirurgical de néoplasmes malins du larynx (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 25 octobre, 1^{er} et 8 novembre 1898.)
- CHIARI. — Contribution à la thérapeutique du cancer du larynx (*Archiv. f. laryngologie*. Baud. VIII), Heft.)
- MORALES. — Thèse de Paris. Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans les cancers du larynx, 1898.
- RUTSCH. — De l'opération radicale de Kocher pour carcinome de larynx depuis 1890. (*Deutsche Zeitsch. für Chirurgie*. Band. L. Heft. 5 et 6).
- FEDERL. — De la technique de l'extirpation du larynx. (*Archiv. f. Klin. Chir.* Baud, LVIII. Heft. 4.
- VANDER-WEER. — Technique de la laryngectomie (*Médical Ricord*. 13 juillet 1899).
- GORIS. — Larynx carcinomateux. (*Presse Médicale, Belge*. n° 34. 20 août 1899).
- CASADESUS. — Diagnostic et traitement du cancer du larynx. (*La Oto. Rhino. Laryngolog. española*, novembre 1899.)
- SEMON F. — De la thyrotomie dans les tumeurs malignes du larynx. (*Thérapie der Gegenwart*, avril 1899).
- SENDZIACK. — Quelques remarques relatives au traitement chirurgical du cancer du larynx. (*Monats. f. Ohrenheilk*, n° 9. 1899).
- FODERL. — Contribution à l'étude de la technique de l'extirpation du larynx. (*Presse Médicale*, n° 72. 29 août 1900).
- GLUCK. — Appareil phonétique après extirpation du larynx. (*Bulletin Médical*, n° 67, p. 970. 1900).
- GOUGUENHEIM et LOMBARD. — Indications opératoires du can-

- cer du larynx. Congrès de médecine 1900. (Comptes rendus de la section d'oto-rhino-laryngologie).
- GLUCK. — La chirurgie du larynx. (Comptes rendus de la section d'oto-rhino-laryngologie). Congrès, 1900.
- GORIS. — Résultats de la thyrotomie pour cancer. (Comptes rendus de la section d'oto-rhino-laryngologie). Congrès, 1900.
- GLUCK. — La chirurgie moderne du larynx. (*Annales des maladies de l'oreille*), n° 11. 1900.
- SEMON. — Indications de la thyrotomie. Congrès, 1900.
- WAGGETT. — Cure radicale des affections malignes du larynx. (*New-York medical Journal*, 9 mars 1901).
- RAOUX. — Thèse de Lyon. Contribution à l'étude de la thyrotomie, 1901.
- BOSCIANO. — Contribution à l'étude de l'extirpation du larynx. (*Annal di laryngologie. Gènes*, n° 1. Janvier 1901.)
- CISNEROS. — Ablation totale du larynx pour carcinome (*Bolett. di laryngologie, Madrid*), mai-juin 1901.
- DAVIS. — Laryngectomie sous anesthésie eucaïnique. (*Annal. of Surgery*. Janvier 1901).
- DELAVAU. — Résultats fournis par les dernières interventions sur le larynx. (*New-York Medical Journal*. 15 septembre 1900).
- MACKENSIE. — Plaidoyer en faveur de la laryngectomie comme intervention précoce dans le cancer du larynx. *New-York Medical Journal*. 8 septembre 1900.
- GORIS. — De l'extirpation du larynx. (*Annales de la Soc. méd. Chir. de Brabant*, n° 7. 31 juillet 1902).
- JACQUES et GROSJEAN. — Contribution à l'étude des complications broncho-pulmonaires après opérations sur les voies aériennes supérieures particulièrement sur le larynx. (*Revue Moure*, n° 30. 1902).
- DELLA VEDOVA. — Contribution à l'étude de la laryngectomie. (*Annales des maladies de l'oreille*, n° 10. 1901).
- ABBÉ ROUSSELOT. — La parole avec un larynx artificiel. (*La Parole*. Février 1902).

- SHIELD. — Des interventions externes sur le larynx. (*But. med. Journal.* 15 mars 1902).
- INGALS (Fletcher). — Laryngectomie pour cancer. (*Journal of the Ancér méd. Assoc.*, n° 10, 7 mars 1903).
- RUMMEL. — Deux cas non récidivés de carcinome du larynx du pharynx et de l'épiglotte. (*Munich. Méd. Wochens.* 17 février 1903.)
- RAMON DE LA SOTA Y LASTRA. — L'intervention chirurgicale est-elle indiquée au point de vue médical et social dans toutes sortes de cancers du larynx et dans toutes les phases ou périodes. (*Revue hebdom. de laryngologie*, n° 26. 27 juin 1903).
- BOTELLA. — Résultats du traitement chirurgical du cancer du larynx et statistique des opérations pratiquées dans la clinique de Cisneros. (*Archiv. Internat. de laryngologie*, n° 6. 1903).
- CORTÈS. — Laryngectomie pour tumeur maligne. Suite heureuse et de longue durée. (*Bollett. delle mal. dell orecchio*), n° 10. Octobre 1903).
- HOCKER. — Extirpation totale du larynx sans narcose. (*Wiener Rlinic Wochens*, n° 12. 1903).
- MOURE. — Traitement chirurgical du cancer du larynx. (*British med. Journal.* 31 octobre 1903).
- SEMON. — Traitement chirurgical du cancer du larynx. (*British med. Journal.* 31 octobre 1903).
- GLUCK. — Traitement chirurgical du cancer du larynx. (*British med. Journal.* 31 octobre 1903).

